ITEM 13 : DEMARCHE D'ASSURANCE QUALITE, EVALUATION PROFESSIONNELLE

Démarche d'assurance qualité	= **Engagement du prestataire de soins envers le patient** : garanti de qualité du service rendu, par la mise en œuvre de procédures conformes à des règles de bonnes pratiques. La démarche s'intéresse à la performance de l'organisation plus qu'à celle des acteurs.		
	Assurance qualité	= Permet de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat et au moindre risque iatrogène. Approche **normative** visant à la **conformité**.	
		Gestion documentaire	*Sous forme de pyramide (de la base au sommet) :* - **Enregistrements** = tous documents traçant l'activité (dossier du patient : un des premiers objectifs de la démarche qualité) - **Modes opératoires** = manière d'accomplir une tâche précise par un professionnel - **Procédures** = organisation de processus faisant intervenir plusieurs acteurs - **Manuel qualité** = décrit la politique qualité de l'institution
		Evaluation interne de la qualité	= Observation et comparaison aux normes de référence : - **Observation des pratiques professionnelles** → comparaison aux recommandations pour la pratique clinique = **audit clinique** - **Observation des processus** → comparaison aux modes opératoires = **audit de pratique** ou aux procédure = **audit organisationnel** - **Observation des résultats** (satisfaction, état de santé, événement indésirable…) → comparaison aux **suivis d'indicateurs**
		Evaluation externe de la qualité	= Evaluation d'un établissement, service ou secteur par un organisme tiers - Volontaire : **certification ISO (***International Organization for Standardisation***) des établissements de santé** - Obligatoire : - **Certification ISO** des laboratoires - **Certification JACIE** des secteurs de greffes de cellules - **Certification des établissements de santé par** la HAS
	Amélioration continue de la qualité	= Approche dynamique de cycles itératifs de résolution de problèmes - **Roue de Deming** = répétition pragmatique de 4 étapes = **cycle PDCA** : ***Plan*** (prévoir), ***Do*** (mettre en œuvre), ***Check*** (évaluer), ***Act*** (améliorer) - Identification des problèmes : - Analyse des plaintes et réclamations des usagers - Déclaration de dysfonctionnement par les professionnels - Suivi d'indicateurs - Enquêtes - Analyse des problèmes : groupe de travail (cercles de qualité ou cellules qualité)	

ACCRÉDITATION ET CERTIFICATION DES ETABLISSEMENTS

= **Procédure d'évaluation externe** répétée tous les **4 à 6 ans**, vérifiant la conformité des prestations aux exigences d'un manuel de référence, sous la responsabilité de la **HAS.**
- **Ordonnance du 24 avril 1996,** repris par la **loi de 2004** : procédure **obligatoire pour tout établissement de santé publics ou privés** (ancienne « accréditation »)
- Objectif : vérifier qu'un établissement de santé est organisé de manière à garantir et améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Procédure	**Auto-évaluation**	= Réalisée par l'établissement de santé : mise en place d'un groupe de travail multi-professionnel identifiant les risques liés aux soins dans une vingtaine de thèmes - Enregistré dans un « **compte-qualité** » transmis à la HAS
	Visite de certification	= **Visite des locaux, rencontre des professionnels et représentants des usagers** et **méthode du « patient-traceur »** (suivi d'un patient pris au hasard) - Par un **groupe d'experts-visiteurs** : professionnels de santé (médecins, paramédicaux, administratifs), indépendants de l'établissement de santé, mandatés par la HAS - Sur une durée de 3 à 15 jours
	Rapport de certification	= Produit par la HAS dans les 6 mois suivant la visite et envoyé à l'établissement de santé - Conclusions : - **Certification A (délivrée pour 6 ans)** : non-conformités minimes et peu nombreuses - **Certification avec recommandations B (délivrée pour 4 ans)** : non-conformités d'importance modérée - **Certification avec réserves C (délivrée pour 2 à 4 ans)** - **Décision de surseoir à la certification** D d'un établissement - **Non-certification E** → Résultats adressés à l'ARS et mis en ligne sur le site de la HAS

Référence	**Manuel de certification**	- 2 grands chapitres : . **Management de l'établissement** . **Prise en charge du patient** - **28 références (84 objectifs au total)** évaluées selon **3 éléments d'appréciation** : . **Prévoir** . **Mettre en œuvre** . **Evaluer/améliorer** **- Pratiques exigibles prioritaires** : critères de sécurité des soins ➔ niveau d'exigence plus élevé

INDICATEURS DE QUALITE ET SECURITE DES SOINS (IQSS)

= **IQSS** : données quantitatives mesurant certains aspects de la qualité et de la sécurité des soins. Géré par la HAS.
- Doit être pertinent, reproductible, sensible et faisable pour suivre les performances
- Le plus souvent un taux ou un pourcentage dont le numérateur est le nombre d'occurrences d'un événement et le dénominateur la population de référence
- **Indicateur de moyen** = quantifie une ressource nécessaire : nombre de salles d'opération…
- **Indicateur de processus** = organisation et pratique : nombre d'évaluation de douleur…
- **Indicateur de résultat** = état sanitaire : mortalité post-opératoire, satisfaction des patients…

Indicateurs nationaux	**Thème : infections associées aux soins IAS**	- **Indicateur composite de la lutte contre l'infection nosocomiale** = **ICALIN** **- Indicateur de consommation de solution hydro-alcoolique** = **ICSHA** - **Indicateur de surveillance des infections du site opératoire** = **SURVISO** - **Taux de SARM** **- Indicateur composite du bon usage des antibiotiques** = **ICATB**	
	IPAQSS	= **Programme national d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins :** - Fondé sur des échantillons de séjours tirés au sort dans la base de données médico administrative de l'établissement. - Indicateurs obligatoires ou optionnels - Rapportés chaque année à la HAS	
		Critères	- Tenue du dossier du patient - Qualité et délai des courriers de fin d'hospitalisation - Evaluation de la douleur - Dépistage des troubles nutritionnels - Evaluation du risque d'escarres - Tenue du dossier d'anesthésie - Prise en charge : IDM, hémorragies du post-partum, AVC, hémodialysés chroniques - Le fonctionnement des RCP en cancérologie.
		Buts	- Comparaison entre établissements de santé - Publiées sur le site de la HAS
	Indicateurs automatisés	Produits directement par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation ATIH Analyse de la base de données nationale des séjours hospitaliers (base PMSI). Comprend : - Taux d'incidence des événements thrombo-emboliques après pose de PTH ou PTG - Taux standardisé de réadmissions dans les 7 jours suivant une hospitalisation.	
	Satisfaction du patient	Recueillis en continu dans le cadre du programme e-satis (questionnaire en ligne).	

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

→ Objectif : amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients
Loi du 13 aout 2004 = obligation pour tous les médecins d'évaluer leurs pratiques professionnelles : analyse de la pratique professionnelle en référence aux recommandations, selon une méthode validée par la HAS
Loi HPST du 21 juillet 2009 : EPP intégré dans le dispositif de **Développement Professionnel Continu**
- Obligatoire pour tout professionnel
- 3 composantes du DPC : - **Evaluation des pratiques professionnelles**
  - **Formation professionnelle continue** (perfectionnement des connaissances)
  - **Maîtrise médicalisée des dépenses de soins** (efficience)

Référentiel

Référentiels de pratique	= **Synthèses sur les différents thèmes cliniques**, réalisées par les sociétés savantes ou par des organismes nationaux (HAS, ANSM) - **Recommandation pour la pratique clinique (RPC)** : base de la formation continue, référence pour l'évaluation des pratiques professionnelles - Au niveau des établissements : **procédures, protocoles de soins, check-list**…

Modalités

Méthode d'évaluation	Approche	Déroulement
Audit clinique	Comparaison	**- Série de cas** d'une pathologie donnée - Examinés à l'aide d'une **grille de critères** définissant les bonnes pratiques
Revue de pertinence des soins	Comparaison	**- Série de cas** ayant bénéficiés d'une action de soins - Examinée à l'aide d'une **grille de critères** définissant les indications pertinentes
Chemin clinique	Processus	**- Définition du parcours de soins optimal** et de ses étapes pour un patient présentant une pathologie donnée
Revue de morbi-mortalité	Analyse de cas	- **Présentation** et **discussion** de **dossiers de patients décédés ou ayant fait l'objet d'une complication** pour repérer les éventuelles erreurs et dysfonctionnements → Requise pour la **certification** pour tous les secteurs de **chirurgie**, **réanimation** et **cancérologie**
Groupes de pairs	Analyse de cas	- **Exposition** de dossier d'une consultation choisis au hasard - **Discussion** avec ses pairs lors d'une réunion régulière de médecins → Développé en médecine ambulatoire
Réunion de concertation pluridisciplinaire	Analyse de cas	**- Discussion de dossiers de patients** dans une réunion de médecins de spécialités différentes pour **discuter d'une PEC optimale** → Requise pour la **certification** pour tous secteurs de cancérologie
Staff-évaluation des pratiques professionnelles	Analyse de cas + bibliographie	**- Evaluation des pratiques professionnelles** des équipes hospitalières, sur un thème défini
Suivi d'indicateurs	Mesure	- Outils de mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un événement

ACCREDITATION DES SPECIALITES A RISQUE

Modalités

= Mise en œuvre d'un **programme d'amélioration des pratiques par la HAS**
- Objectif : amélioration de pratiques professionnelles basée sur une démarche de gestion des risques
- **Engagement volontaire des médecins et des équipes médicales pratiquant une spécialité ou activité à risque en établissement de santé** (décret du 21 juillet 2006) : - **Chirurgiens**
  - **Anesthésistes-réanimateurs**
  - **Spécialité interventionnelle**
  - **Activité d'échographie obstétricale ou de réanimation**

En pratique	- **Déclaration des événements porteurs de risques médicaux** (**EPR** : événements indésirables n'ayant pas causés de dommages graves au patient) à un organisme agréé selon la spécialité (orthopédie = ORTHORISQ, chirurgien vasculaire = VASCURISQ…) - **Elaboration et mise en œuvre des recommandations** selon l'analyse des EPR - **Participation à des activités de réduction des risques**
Avantages	- Les médecins libéraux accrédités peuvent bénéficier d'une **aide à la souscription de leur assurance** en responsabilité civile et professionnelle - Permet de remplir des obligations d'évaluation des **pratiques professionnelles** et de **développement professionnel continu**